

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich.....

geboren am:

wohnhaft in:

in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseins-trübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände verloren habe und deshalb nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder mich verständlich zu äußern, verfüge ich folgendes:

1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgend beschriebenen Situationen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Ja nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ja nein
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. Ja nein
- Wenn ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann. Ja nein
- Ja nein
-
-
-

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Ja nein

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. Ja nein

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder Maßnahmen, die nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. Ja nein
- keine Wiederbelebensmaßnahmen. Ja nein

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) Ja nein
- verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen (außer zur Beschwerdelinderung). Ja nein
- Ja nein
.....
.....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung durch
.....
.....
.....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name.....
 Adresse.....
 Telefon..... Telefax/E-Mail.....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

Name.....
 Adresse.....
 Telefon..... Telefax/E-Mail.....
 Ort, Datum: Unterschrift der/des Beratenden:

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum:
 Adresse.....
 Telefon, Telefax/E-Mail

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum:
 Adresse.....
 Telefon, Telefax/E-Mail

